

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THESE

418 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

FERNANDE LEBOIS

Née à Chênée (Liège) Belgique, le 25 Décembre 1903

De la Faculté de Médecine de Paris

Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Torsion Intra abdominale

DE LA

Trompe Utérine Saine

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1931

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

FERNANDE LEBOIS

Née à Chênée (Liège) Belgique, le 25 Décembre 1903

De la Faculté de Médecine de Paris

Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Torsion Intra abdominale

DE LA

Trompe Utérine Saine

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

LE DOYEN. . . . M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE. . . Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri). . Chimie biologique.
AUBERTIN. . . Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri). Pathologie médicale	LEMAITRE. . . . Oto-rhino-laryngologie.
BROCQ. Pathologie chirurgicale.	LEVEUF. Pathologie chirurgic.
BRULÉ. Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI. . Neuro-psychiâtrie.
CADENAT. . . . Pathologie chirurgicale.	LIAN. Pathologie médicale.
CATHALA. . . . Pathologie médicale.	MILLOT. Histologie.
CHABROL. . . . Pathologie médicale	MONDOR. Pathologie chirurgic.
CHEVALLIER. . Pathologie médicale.	MOREAU. Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET. . Pathologie chirurgic.
DOGNON. Physique.	MOURE. Pathologie chirurgic.
DONZELOT. . . Pathologie médicale	MULON. Histologie.
ÉCALLE. Obstétrique.	N. Phys.ologie.
FEY. Urologie.	OBERLING. . . . Anatomie pathologiç.
GARNIER. . . . Pathologie expéri mentale.	OLIVIER. Anatomie.
GASTINEL. . . . Bactériologie.	PIÉDELIEVRE. . Médecine légale.
GATELLIER. . . Pathologie chirurgicale.	PORTES. Obstétrique.
GIROUD. Histologie.	QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
HARVIER. . . . Pathologie médicale	RICHET. Physiologie.
HAZARD. Pharmacologie.	SAUNIÉ. Chimie biologique.
HOVELACQUE. . Anatomie.	SÉZARY. Dermatologie et syphiligraphie.
HUTINEL. . . . Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT (Pasteur). . . . Pathologie médicale.
HUGUENIN. . . Anatomie pathologique.	VAUDESCAL. . . Obstétrique.
JOANNON. . . . Hygiène.	VELTER. Ophtalmologie.
	VERNE. Histologie.
	VIGNES. Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
BUSQUET. . . . Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
GUÉNIOT. . . . Obstétrique.	RETTERRER. . . Histologie.
LEQUEUX. . . . Obstétrique.	ZIMMERN. . . . Physique.
LEROUX. . . . Anatom. pathologique.	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ABRAMI	} Clinique médicale	HEITZ-BOYER . . .	} Clinique chirurgicale (suite)
CHIRAY		MATHIEU	
DEBRÈ		MOCQUOT	
DUVOIR		PROUST	
FIESSINGER		SCHWARTZ	
LAIGNEL-LAVASTINE. .		LE LORIER	
BASSET	} Clinique chirurgicale	LÉVY-SOLAL	} Clinique obstétricale
CHEVASSU		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A M. LE PROFESSEUR CH. LENORMANT

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE

CHIRURGIEN DE LA PITIÉ

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNNEUR

*Témoignage de vive reconnaissance
pour l'honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de cette
thèse.*

A M. LE DOCTEUR ROBERT SOUPAULT

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

*Qui a toujours été pour nous plein
de bienveillance. Modeste témoi-
gnage de notre très respectueuse et
affectueuse gratitude.*

A M. LE DOCTEUR SAUVAGE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*En souvenir de ce qu'il a fait pour
nous dans des moments particuliè-
rement pénibles. Expression de no-
tre très vive et très sincère recon-
naissance.*

A M. ROTHBART

*Auquel nous ne pourrons jamais
exprimer assez notre reconnaissances
et notre admiration.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

MM. LE PROFESSEUR SERGENT.

LE PROFESSEUR DELBET.

LE DOCTEUR BABONNEIX.

Externat

MM. LE DOCTEUR PISSAVY (*in memoriam*).

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ S. I. DE JONG (*in
memoriam*).

LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE.

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BASSET.

Historique

Jean Rabier, dans sa thèse écrite en 1902 sous la direction de Pozzi, soutient que l'altération de la trompe est une condition indispensable à sa torsion et d'ailleurs dans son travail il n'envisage nullement la torsion des annexes saines.

Nous savons, à l'heure actuelle, qu'il n'en est rien. En effet, M. Auvray, reprenant la question en 1912, publie, à cette époque son « Mémoire sur la torsion spontanée de la trompe et de l'ovaire normaux » en apportant une observation personnelle qu'il fait suivre du résumé de 4 cas retrouvés dans la littérature médicale. C'est là le premier travail d'ensemble qui a été publié sur ce sujet.

Schweitzer, en 1916, publie un nouveau cas et attire l'attention des chirurgiens allemands sur cette affection.

Smith et Butler traitent, devant le Congrès américain de gynécologie de 1921, la question de la torsion des annexes avant la puberté et en particulier des annexes saines.

Puis les observations se multiplient, surtout depuis 1922.

En 1926, Laurent Darner publie un cas de torsion de la trompe de Fallope saine et cite les auteurs anglais, allemands et américains qui se sont occupés de la question.

Caraven (d'Amiens), en 1927, rapporte par l'intermédiaire de M. Auvray à la Société de Chirurgie de Paris une nouvelle observation, qu'il fait suivre de quelques réflexions basées sur l'analyse de 22 cas qu'il a pu réunir et dont il donne d'ailleurs le résumé à la fin de son travail.

Enfin, depuis, plusieurs observations ayant trait à ce sujet ont été publiées, tant en France qu'à l'étranger.

Il nous faut citer l'intéressante observation rapportée par M. Lenormant à la Société de Chirurgie de Paris en 1927, puis en juillet 1928 celle de MM. G. d'Allaines et P. Pavie dans les Annales d'Anatomie Pathologique.

Enfin, en 1930, L. Michon (de Lyon) publie 5 observations personnelles sur le « Volvulus des Annexes saines » et les fait suivre de l'analyse de ces cas et de ceux réunis dans la littérature médicale.

Dans ces dernières années, nous avons pu recueillir, grâce à notre Maître M. le Docteur Soupault, 2 nouveaux cas de torsion de trompe saine et, d'autre part, M. le Docteur Sénéchal a bien voulu nous autoriser à nous servir de 3 cas qu'il a pu observer personnellement.

Nous ne saurions aborder cette étude sans leur adresser nos plus vifs remerciements, en particulier au Docteur Soupault, qui fut l'instigateur de ce travail.

Nous n'envisagerons dans ce travail que la torsion intra-abdominale de la trompe, macroscopiquement et histologiquement saine, à l'exclusion des torsions survenant au *cours de la grossesse* et de celles se produisant *dans un sac herniaire*.

Etiologie

Nous avons recueilli dans la littérature médicale 35 cas indéniables concernant la torsion d'anexes normales, vérifiées histologiquement, et à la fin de ce travail nous rapportons 5 nouveaux cas : dans 2 de ces observations, l'examen histologique de la pièce a été fait et le doute ne peut persister à leur sujet ; quant aux 3 autres, l'examen histologique n'a pas été pratiqué. Toutefois, nous avons cru intéressant de les rapporter, surtout à cause du tableau clinique très frappant et exactement superposable dans les 3 cas et aussi parce que cet accident était survenu au moment des règles, en pleine santé apparente, sans qu'aucun passé génital pathologique ait pu être noté dans les antécédents de ces malades.

Si nous n'envisageons dans ce chapitre que les cas

où l'examen histologique a été pratiqué, nous avons donc un total de 37 cas et nous voyons que nous sommes loin des conclusions que M. Auvray donnait en 1912 : « Ce cas appartient à une catégorie de faits qui paraissent très rares, qui ont été à peine signalés et étudiés par les auteurs ». Cette rareté n'était sans doute qu'apparente et due à ce que les cas observés avaient été mal interprétés ou bien à ce que leur intérêt avait échappé à un moment où l'attention n'avait pas été attirée sur eux. Il y a peut-être aussi le fait qu'on opérait moins systématiquement il y a 20 ans qu'aujourd'hui tous les syndromes abdominaux aigus.

L'âge moyen auquel s'observent les accidents qui nous occupent semble être 25 ans ; mais il est plus intéressant de remarquer — d'après un tableau que nous avons dressé — que les malades se groupent en 3 catégories à peu près égales en nombre :

La première concerne des femmes ayant eu une vie génitale active et pour la plupart de nombreuses grossesses : sur 37 cas, il y en a 12 entre 33 et 50 ans.

Dans les deux autres catégories, il s'agit de femmes pour la plupart vierges (23) : 13 ont de 17 à 24 ans, 10 de 11 à 14 ans.

Ne faut-il pas voir pour ces dernières une corrélation entre ces accidents et les phénomènes congestifs des premières menstruations ainsi que le développement rapide des organes à la puberté ? En tout cas, cette systématisation en 3 groupes est un fait d'une grande netteté et comme il porte sur une

série de 37 cas, il ne peut être considéré comme un hasard.

Les accidents de torsion ont-ils un rapport quelconque avec la période menstruelle ?

Sur les 35 cas que nous avons recueillis, 18 fois il est fait mention des règles et 6 fois (soit dans un tiers des cas), les accidents sont survenus au 2° ou au 3° jour des règles, c'est-à-dire en pleine période menstruelle. Par contre, sur les 5 observations que nous rapportons, 4 fois les phénomènes douloureux apparurent au début de la période menstruelle. Sans rien formellement conclure de ces données, on peut admettre que sous l'influence de la congestion menstruelle la trompe, de grêle, flexueuse et en spirale qu'elle était, se dilate, devient plus pesante et tend à amorcer un mouvement de rotation qui détermine une gêne à la circulation veineuse de retour et aboutit à la torsion.

Par contre, le *traumatisme*, traumatisme important, *contemporain*, susceptible d'être considéré par les auteurs comme responsable, est indiqué 8 fois sur 35 observations : coup de pied dans le ventre (Laurent Darner) ; à l'occasion d'un effort pour soulever un poids (Marshall Allain) ; au cours d'une leçon de gymnastique (Hansen) ; enfin, 3 observations rapportées par Ruder concernent des jeunes filles faisant du sport intensif.

Les autres circonstances notables qui ont *accompagné de plus ou moins loin* les accidents de torsion sont : grave accident d'automobile survenu un

mois auparavant (Köhler) ; opération gynécologique : amputation vaginale du col pour allongement hypertrophique (Nicholson).

C'est tout ce qu'on peut retenir au point de vue étiologique de l'étude de ces observations, et l'on voit combien, pour la torsion tubaire, comme pour tous les autres volvulus des viscères, on reste dans l'incertitude sur la cause première et déterminante.

Pathogénie

Quant au mécanisme de la torsion des annexes normales, il faut avouer que plusieurs théories ont été évoquées, plus séduisantes les unes que les autres, mais il faut reconnaître avec M. G. d'Allaines et P. Pavie que : « la diversité et la complexité des mécanismes incriminés montre que nous en ignorons tout, comme du reste de tous les mouvements anormaux des viscères à fibres musculaires lisses ».

Une des théories qui fut longtemps admise est celle de Payr. On sait en effet que Payr a réussi à produire la torsion d'une masse autour d'un pédicule composé de 3 tubes de caoutchouc, l'un représentant l'artère, les 2 autres les veines de retour. Si ces 3 tubes subissent une même pression interne, la torsion se produit. Ce qui revient à dire que si les veines sont soit oblitérées, soit comprimées, la torsion peut se produire. Cette théorie hémodynamique de Payr est actuellement rejetée par la majorité des auteurs, qui interprètent la distension veineuse comme le résultat et non comme la cause de la torsion. Ainsi, en 1925, Grossmann, dans sa « Conférence sur le mécanisme de la torsion tubaire », re-

prenant la théorie de Payr, trouve que c'est évidemment, de toutes les explications, celle qui mérite le plus d'attention, mais il ajoute : « La torsion hémodynamique est retrouvée dans chaque torsion, mais est-elle la cause initiale ? »

Certains auteurs, et en particulier M. Auvray, attachent une grosse importance aux flexuosités des trompes existant pendant la vie fœtale et qui peuvent persister comme malformation chez l'adulte : « Il est d'ailleurs légitime qu'on incrimine cette disposition congénitale comme prédisposant à la torsion, comme on le fait pour tous les volvulus d'organes, qu'il s'agisse du côlon sigmoïde, du cæcum, de la vésicule biliaire » (L. Michon, de Lyon). Ce même auteur insiste aussi sur les « adhérences localisées » qui pourraient jouer un rôle dans la torsion des trompes, comme elles semblent favoriser la torsion de l'épiploon (Patel).

Enfin, en 1927, à propos de l'observation rapportée par Caraven, M. Mauclaire, la même année, fait allusion au rôle possible des contractions péristaltiques et antipéristaltiques des trompes utérines, mouvements pouvant amener la torsion de ces organes, et il ajoute : « Les injections de lipiodol intratubaires ont permis de déceler ces contractions spasmodiques longitudinales ou circulaires. Il est probable qu'elles s'observent soit à la suite de lésions de voisinage, soit chez des sujets dits atteints de « spasmophilie ».

Il faut également admettre que la trompe, par congestion passagère, augmente de volume, devient plus pesante, et que la pesanteur agit en amenant la torsion préexistante (Rocher et Jeanneney).

M. Jean-Louis Faure, dans la discussion qui suivit le rapport fait par MM. Rocher et Jeanneney, trouve tout à fait naturel qu'une trompe « mobile, souple et comme élastique », se torde et même, dit-il, « plus facilement qu'une trompe malade, épaisse et plus ou moins rigide ».

Anatomie Pathologique

Le diagnostic de torsion de la trompe utérine saine, déjà malaisé cliniquement, est encore très incertain à la seule vue macroscopique de la pièce opératoire. Si, d'une part, les annexes du côté opposé apparaissent saines, si, d'autre part, l'accident est survenu chez une femme jusqu'alors indemne de tout passé génital pathologique, dans ces conditions il est certain que les présomptions en faveur de l'intégrité des annexes au moment de la torsion sont grandes. Toutefois, seul l'examen histologique permet de l'affirmer.

Avant d'entreprendre l'étude des lésions rencontrées à l'examen macroscopique et microscopique d'une trompe saine tordue, croyons-nous utile de rappeler brièvement comment se présentent les annexes normales :

Les trompes utérines sont deux conduits qui s'étendent le long du bord supérieur des ligaments larges, des angles latéraux de l'utérus à la surface de l'ovaire. Leur longueur approximative est de 12 cm. et leur diamètre externe, qui mesure 3 mm. environ à l'angle de l'utérus, augmente progressivement de

dedans en dehors pour atteindre 7 à 8 mm. à son extrémité externe.

On distingue à la trompe 4 segments : une *portion interstitielle* ; l'*isthme* ; l'*ampoule de Henle* et enfin le *pavillon avec ses franges*.

Dans son ensemble, sa direction est horizontale de dedans en dehors, la portion tubaire décrivant une anse à concavité inférieure, dont le sommet répond à l'extrémité supérieure de l'ovaire. Dans toute cette portion, la trompe présente de véritables flexuosités ou « *circonvolutions tubaires* ».

Au sujet de la fixité de ces organes, il est nécessaire de dire que si l'isthme est relativement *fixe*, obéissant surtout aux déplacements de l'utérus, l'ampoule et le pavillon sont, au contraire *solidaires de l'ovaire*, se déplaçant comme ce dernier ; ils jouissent, en outre, d'une *mobilité propre* qui est très étendue et qui résulte de la disposition de leur revêtement péritonéal, c'est-à-dire de la laxité plus ou moins grande du ligament large.

ANATOMIE MACROSCOPIQUE :

Au cours de l'intervention on constate aussitôt deux choses :

- 1° *L'existence de sang dans la cavité péritonéale.*
- 2° *La présence d'une tumeur pelvienne juxta-utérine.*

1° *Le sang épanché dans la cavité péritonéale* ne fait jamais défaut, mais sa quantité est extrême-

ment variable : il peut atteindre jusqu'à 300 cm³ (observation de Caraven) ; dans une de nos observations (R. Soupault), il existait un énorme caillot du volume de 2 poings dans le Douglas ; mais en général le liquide épanché dépasse rarement 100 cmc. et est formé soit de sang pur, soit de liquide séro-hématique.

2° *La tumeur pelvienne* est de couleur noire-violacée, comparable à l'intestin d'une hernie étranglée (Legueu), à une truffe (Auvray), à une aubergine (Lecène).

Son *volume* varie de la taille d'un œuf au volume d'une balle de golf, d'une mandarine, d'un poing.

Sa *forme* rappelle celle d'une cornemuse, d'une cornue, d'un fer à cheval.

Le *côté atteint* : il semble que la torsion s'effectue le plus souvent à droite. Cette fréquence serait due d'après Anspach à ce que la partie droite du bassin est plus spacieuse que la gauche, occupée par l'anse sigmoïde. Ainsi sur 33 cas où il est fait mention du côté intéressé, 26 fois la torsion s'est produite à droite.

Quant au *siège de la torsion* il porte le plus souvent sur la *trompe isolée* : c'est ce qui se rencontre dans la majorité des cas. Viennent ensuite les cas où la torsion de l'*ovaire sain* accompagne *simultanément* (Auvray, Nigel Stark) ou *secondairement* (Norris) la torsion de la trompe ; enfin à titre exceptionnel on peut voir la torsion isolée de l'*ovaire* (cas de

R. Bernard et de Fiolle rapportés à la Société de Chirurgie, en mai 1929).

Le *sens* de la torsion est variable : dans le sens des aiguilles d'une montre le plus souvent. Rarement en sens inverse (5 fois) la torsion s'opérant en spirale, en tire-bouchon.

Le *nombre des tours* varie d'un demi tour à 5 tours au maximum (cas rapporté par Stoianovitch); il est de 2 en moyenne.

A l'*ouverture de la trompe* on met à jour une lumière tubaire qui est élargie, à paroi lisse, contenant du sang liquide et des caillots. Parfois on peut voir sur les parois de la cavité des dépôts fibrineux (obs. d'Auvray). L'ostium abdominale est en général perméable et s'il est obturé c'est par un caillot ou par l'agglutination des franges distendues.

L'état des organes voisins :

Souvent l'organe tordu s'entoure d'une réaction en général peu intense et qui consiste en quelques adhérences de péritonite plastique, faciles à libérer.

La trompe du côté opposé peut présenter des anomalies pouvant expliquer les accidents survenus : trompe longue, flexueuse, tordue en spirale avec un mésosalpinx très long (Schweitzer, Eunike).

L'*appendice* est parfois adhérent à la masse tubaire quand la torsion s'est produite sur la trompe droite ; sa pointe est rouge, mais les lésions qu'il présente ne permettent pas de lui attribuer les accidents péritonéaux observés.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE :

Au point de vue de l'histologie, la structure d'une trompe normale comporte trois tuniques :

1° Une tunique conjonctive, revêtue en partie de péritoine et où l'on retrouve des lumières de vaisseaux, des ramuscules nerveux et des fibres musculaires lisses et un réseau élastique très puissant.

2° Une tunique musculaire surtout développée vers l'utérus, infiltrée de fibres élastiques ; celles de la couche externe étant longitudinales, tandis que celles de la couche interne sont circulaires.

3° Enfin, une tunique muqueuse, caractérisée par une série de hautes franges tapissées d'un épithélium cilié prismatique et donnant un aspect labyrintique à la coupe.

C'est précisément cet aspect qui fait le diagnostic de trompe, joint à la présence de cils que l'on ne trouvera pas par exemple dans l'appendice.

Ces deux tuniques, muqueuse et musculaire ne doivent donc pas présenter pour être étiquetées « trompes saines » des modifications témoignant d'une infection quelconque.

Cependant, à ce sujet, une remarque s'impose. Il peut se faire qu'une trompe saine tordue présente à l'examen histologique des lésions inflammatoires récentes, consécutives à l'infarctus hémorragique et à la nécrose : « Parfois même l'on pourra voir à la bordure de l'infarctus des amas de polynucléaires ou même il pourra se former au contact de ce véritable

corps étranger que forme le tissu infarci une couronne de cellules géantes. La constatation de ces lésions ne permet pas de dire que l'annexe n'était pas saine antérieurement : il est fort possible que toutes les modifications constatées soient consécutives à la torsion. » (L. Michon de Lyon). On voit donc, dès le début, combien il est difficile souvent d'affirmer l'intégrité des annexes tordues, même après examen histologique.

En général à la coupe on constate qu'il y a une congestion intense des vaisseaux, une dilatation veineuse considérable, des ruptures vasculaires avec infarctus hémorragique massif et nécrose des tissus normaux (Lecène). Les franges se présentent sans modification inflammatoire ; les plis de la muqueuse tubaire ne sont pas effacés.

C'est d'ailleurs seulement à la constatation de ces signes qu'on peut affirmer que la trompe tordue était antérieurement saine. Ainsi M. Auvray s'est demandé si chez la malade qu'il avait opérée l'on ne pouvait admettre l'existence, antérieurement à la torsion, d'un hydrosalpinx « lié à une malformation tubaire qui se serait tordu spontanément » ... Lecène repousse absolument cette manière de voir, parce que d'une part l'ostium abdominale de la trompe était resté perméable, et que, d'autre part, les plis de la muqueuse tubaire n'étaient pas effacés comme ils le sont dans le cas d'hydrosalpinx.

Etude Clinique

Au point de vue de l'étude clinique, nous allons, dans un premier chapitre, étudier la symptomatologie des torsions telle qu'elle se présente habituellement dans sa *forme aiguë* et nous allons essayer de tracer un tableau se rapprochant le plus possible de la réalité ; dans un deuxième chapitre, nous envisagerons la *forme subaiguë*, ou à *poussées successives*, à laquelle nous croyons pouvoir rattacher les cas où la torsion s'est effectuée en plusieurs étapes, aboutissant finalement à un épisode aigu, nécessitant l'intervention chirurgicale.

FORME AIGUË :

Brusquement, à la suite d'un effort, d'un traumatisme plus ou moins direct, soit à la fin de la première journée des règles, parfois sans que les accidents puissent être rattachés à aucune cause déterminante, apparaît un syndrome extrêmement douloureux et qui d'emblée revêt toute son intensité. Généralisée d'abord au bas ventre, cette douleur ne tarde, le plus souvent pas à se localiser du côté de la

torsion et le plus souvent à droite, au-dessous et en dedans de la région correspondant au point de Mac Burney. La douleur est d'une acuité telle que la malade se tord sur son lit et garde ses cuisses en demi-flexion sur le bassin. Elle irradie fréquemment vers les régions lombaires et inguinales, à la face interne des cuisses.

Ces douleurs ne sont d'ailleurs pas en rapport avec le degré de striction de la trompe. A une torsion très serrée ne correspond pas fatalement une douleur particulièrement violente : « les épisodes douloureux sont surtout en rapport avec les troubles circulatoires produits par la torsion : si la torsion est très marquée, mais l'hémorragie intra-tubaire faible, les phénomènes ne sont pas très aigus » (Michon, de Lyon).

La malade présente, par ailleurs, un faciès péritonéal, avec angoisse, traits tirés, petites sueurs, tendance marquée à la syncope.

Le pouls est rapide, petit, bat à 120-140 ; la température, par contre, est peu élevée, dépassant rarement 38°.

Les vomissements sont rares et peu abondants ; ce sont le plus souvent des vomissements « réflexes » qui cessent généralement dès que l'estomac est vidé.

La douleur extrême rend l'examen physique particulièrement pénible. Cependant une palpation douce et progressive de l'abdomen permet d'apprécier une résistance d'un degré variable avec parfois de l'hyperesthésie cutanée et de déterminer le point

douloureux maximum. Il est rare qu'on puisse percevoir une tuméfaction ou un empâtement.

Quant au toucher vaginal, lorsqu'il peut être pratiqué, il donne également des renseignements très peu nets : dans certains cas, on a pu sentir une masse allongée, assez mobile, plus ou moins régulière, de la taille d'un œuf, d'une mandarine, siégeant dans un des culs-de-sac, peu mobile, le plus souvent résistante et surtout très douloureuse, séparée de l'utérus par un sillon. Ce dernier apparaît normal, avec des limites précises. Le cul-de-sac opposé est libre et non douloureux.

Le toucher rectal permet parfois de sentir à bout de doigt la présence d'une induration très douloureuse sur les côtés du rectum, paraissant se continuer plus haut dans la cavité pelvienne.

Quoiqu'il en soit, ce tableau impose immédiatement la notion d'un syndrome abdominal aigu et commande l'opération.

II. FORME SUBAIGÜE OU A POUSSÉES SUCCESSIVES.

Il s'agit dans ces cas de malades qui ont présenté quelque temps auparavant, souvent au cours des règles précédentes, des épisodes aigus, mais d'intensité moindre : petites crises douloureuses passagères, mais répétées, d'intensité variable : brusques, en éclairs (Auvray), ou bien simulant des coliques menstruelles, intestinales (Stoianovitch). Il existe en même temps quelques troubles gastro-intestinaux,

un état nauséeux, de la constipation, suivie de débâcle diarrhéique. Sous l'influence du repos, des compresses, chaudes, la crise peut céder (cas de Lenormant).

Il pourrait, dans ces cas, s'agir d'amorces de torsion qui se complètent un jour pour aboutir à un syndrome fonctionnel et physique décrit dans le chapitre précédent, et commandant l'intervention.

Cette forme nous a paru intéressante à souligner, car peut-être pourrait-on trouver là l'origine de certains hématosalpinx cités dans tous les traités classiques et où une évolution heureuse aurait pu permettre la sédation progressive les phénomènes péritonéaux.

Evolution Clinique

En présence de ce syndrome abdominal aigu, l'indication opératoire est tellement formelle que nous n'avons pu trouver dans aucune observation la notion de l'évolution clinique de la lésion abandonnée à elle-même.

Une trompe tordue et sur laquelle on n'intervient pas, peut s'infecter et amener l'infection des organes voisins. Elle peut se nécroser, se sphacéler et fait courir à la malade les plus grands risques. Elle commande donc l'intervention.

Abandonnée à elle-même (nous pensons à un cas qui nous est indirectement parvenu, mais dont nous n'avons pu avoir l'observation complète), la torsion peut aboutir à une rupture de la trompe, compliquée ultérieurement d'un abcès iléo-pelvien ou se terminer par une hémorragie secondaire qui emporte la malade.

C'est ainsi peut-être que pourraient également s'expliquer certains cas d'absence unilatérale des annexes, où une torsion non traitée chirurgicalement aboutit à une amputation spontanée, suivie de nécrose et de résorption de la portion détachée.

Diagnostic

Le diagnostic de torsion intra-abdominale d'une trompe saine est un diagnostic qui a pu exceptionnellement être posé avant l'intervention ; presque toujours, en effet, c'est une découverte opératoire.

Ainsi sur nos 35 cas, 28 fois les observations mentionnent le diagnostic clinique posé avant l'intervention ; 10 fois on avait pensé à une appendicite aiguë, 2 fois à un abcès pelvien appendiculaire, 1 fois à un fibrome enclavé, 8 fois à une grossesse ectopique, 1 fois à une colique néphrétique, 2 fois à un kyste de l'ovaire tordu, 4 fois à une annexite. Dans les 5 observations que nous rapportons, on avait pensé 3 fois à une appendicite aiguë et 1 fois à une torsion d'un kyste de l'ovaire (A. Soupault). Une fois néanmoins, le diagnostic fut posé avant l'intervention (Sénéchal).

Le diagnostic est malaisé : 1° parce que la malade qui souffre et a souvent de la contracture, est difficile à examiner ; la palpation et le toucher ne donnent que peu de renseignements et, en particulier, ne laissent pas toujours percevoir la présence d'une masse latéro utérine. 2° Surtout, l'esprit se porte

logiquement vers les affections les plus fréquentes, plutôt que vers un diagnostic d'exception.

Toutefois, certains éléments qui peuvent guider le diagnostic doivent être retenus : l'intensité des phénomènes douloureux, éclatant brusquement, parfois lors d'une période menstruelle, chez une jeune fille ou jeune femme dans les antécédents de laquelle on ne relève aucun passé génital pathologique.

En fait, en présence du tableau clinique d'un syndrome péritonéal aigu grave, le diagnostic se pose soit avec : une *appendicite* aiguë surtout *pelvienne* ; toutefois le siège de la douleur en cas de torsion d'une trompe est presque toujours situé un peu plus bas que le point de Mac Burney. La douleur est souvent plus violente que dans les cas d'appendicite : la malade s'agite, se tord, ses douleurs rappelant les douleurs des « calculeux ».

Si en présence de ce tableau on pense à une appendicite pelvienne et qu'on pratique un toucher qui permet de sentir à bout de doigt un empâtement plus ou moins net, mais particulièrement douloureux dans le Douglas, ce symptôme ne fera qu'orienter davantage vers ce diagnostic.

Sur 35 cas, on a pensé 8 fois à une *grossesse ectopique* et Caraven lui-même dans son observation était intervenu avec ce diagnostic. Dans le cas rapporté par Michel, le diagnostic de grossesse ectopique avait été confirmé par une ponction du Douglas faite sous anesthésie et qui avait ramené du sang. Cependant, dans les antécédents de la malade, en cas

de torsion, on ne trouve pas de retard ; les règles ont toujours été normales ; il n'y a pas eu d'état syncope ; les seins ne sont pas augmentés de volume. Au toucher le col n'est pas ramolli, et s'il permet de percevoir une masse extrêmement douloureuse dans le Douglas, celle-ci est située plus haut, vers une corne utérine et ce toucher ne réveille pas le « cri du Douglas » caractéristique de l'hématocèle.

Le kyste de l'ovaire tordu peut aisément prêter à confusion et dans une des observations que nous rapportons, c'est en se basant sur ce diagnostic que la malade fut opérée. Néanmoins, le kyste de l'ovaire est plus externe comme siège qu'une trompe tordue ; il est aussi plus ancien dans son évolution et quelques fois on peut retrouver la notion de la découverte d'un petit kyste au cours d'un examen gynécologique antérieur. Au toucher on perçoit une masse régulièrement arrondie, bien limitée, souvent assez volumineuse. En outre, le kyste ovarien tordu peut conserver une mobilité parfaite (Mondor). Mais il faut avouer qu'en pratique le diagnostic est presque impossible et seule l'intervention tranchera.

Nous avons trouvé une observation dans laquelle, en présence d'une trompe tordue, on avait pensé à une *colique néphrétique* (Schweitzer). Les caractéristiques de la douleur, ses irradiations peuvent évidemment prêter à confusion. Cependant dans la colique néphrétique la douleur au palper est bien localisée (au rein et sur le trajet des uretères), jamais

diffuse. Le toucher est négatif. Mais l'erreur est possible et Mondor dans ses « *Diagnostics urgents* » rapporte le cas de Roux « qui connaissait bien le ventre de bois » et qui opéra un jour une malade présentant une rétraction rigide de la paroi et chez qui on ne trouva aucune lésion péritonéale. Cette malade fit trois calculs le lendemain... C'est dire combien le diagnostic peut être parfois difficile.

Dans certains cas, les accidents douloureux ont pu faire croire à une annexite aiguë (L. Michon). Mais ici la température est continue, les douleurs lancinantes, les pertes purulentes, le toucher permet de trouver les culs-de-sacs chauds, œdématiés, empâtés, une masse inflammatoire rétro et péri-utérine, douloureuse, immobilisée et immobilisant l'utérus.

Enfin, les névralgies ovariennes, les douleurs aiguës de varicocèle tubo-ovarien, peuvent également prêter à confusion ; mais la malade étant gardée en observation, l'évolution clinique permet de ramener à leurs véritables causes les symptômes.

En somme, si nous comparons les diagnostics cliniques posés dans les observations publiées, nous voyons qu'on peut scinder le diagnostic différentiel en deux chapitres distincts :

I. CELUI DES AFFECTIONS AIGUËS DE LA CAVITÉ ABDOMINO-PELVIENNE :

a) *Appendicite aiguë*. Rappelons que le diagnostic

est plus malaisé lorsque l'appendicite est pelvienne, en raison du retentissement rectal et vésical.

b) *Les annexites aiguës*. Soit crise de salpingite, soit pelvi-péritonite, soit péri-métre salpingite. Mai, comme nous l'avons vu, la température continue, les douleurs lancinantes, l'immobilisation de l'utérus, l'empâtement en font le diagnostic.

c) *La fissuration ou la perforation* d'un pyosalpinx pourront être soupçonnées devant une crise de douleurs pelviennes suraiguës accompagnées d'un état général alarmant ; mais la fièvre est élevée, le pouls extrêmement rapide, la contracture généralisée, ferme, en ventre de bois, l'état de collapsus rapide.

II. CELUI DES AFFECTIONS ANNEXIELLES AIGÜES NON INFLAMMATOIRES QUI SONT DE DEUX SORTES :

a) Les accidents hémorragiques de la *grossesse extra-utérine*, à type soit d'inondation péritonéale, soit d'avortement tubaire.

b) *Les autres torsions* survenues au niveau de l'appareil génital : torsion d'un kyste de l'ovaire, torsion d'un fibrome très pédiculé ; des annexes malades, tuberculose, salpingite catarrhale, hydrosalpins, voire même abcès froid tubaire. Enfin même la torsion axiale d'un utérus fibromateux.

Trancher entre ces différents diagnostics gynécologiques qui sont très voisins quant au siège de l'or-

gane malade, et très semblables quant à la symptomatologie, nous paraît impossible dans un grand nombre de cas.

Par contre, il y a une erreur à ne pas commettre celle de temporiser. Comme en présence de tous les « abdomens aigus » (Mondor) le clinicien doit savoir prendre la décision opératoire, même si le diagnostic exact de la lésion anatomique reste en suspens. L'abstention expose à une redoutable évolution, tandis que, opérée précocement, la torsion des annexes saines est suivie de guérison dans l'immense majorité des cas.

Traitement

Le tableau clinique en cas de torsion tubaire réalise presque toujours celui d'un syndrome abdominal aigu et commande l'intervention. « Le diagnostic de la torsion du pédicule d'une tumeur abdominale quelconque impose une intervention chirurgicale immédiate » (Delbet).

En présence des lésions on pratique une castration unilatérale. Nous n'insistons pas sur la technique qui ne présente rien de particulier à signaler et n'offre pas de difficultés spéciales. S'il existe quelques adhérences, celles-ci sont en général frêles et faciles à libérer.

Néanmoins, il y a une question sur laquelle nous croyons utile d'insister : celle de la voie d'abord. En effet, nous avons vu qu'il est exceptionnel que le diagnostic clinique soit posé avant l'intervention. Très souvent on pense à une appendicite aiguë et alors, au cours de l'intervention, l'opérateur se trouve obligé d'agrandir, et parfois à plusieurs reprises, son incision pour avoir un jour suffisant. Dans les cas où le diagnostic est hésitant, l'incision de choix sera donc soit la laparotomie médiane sous-

ombilicale, soit encore l'incision transversale cutané-aponévrotique sus-pubienne, très en faveur à l'étranger et systématiquement employée par M. Sennéchal, qui a d'ailleurs soulevé cette question au Congrès de Chirurgie en 1919.

Une fois la castration faite, on éponge le sang ou les caillots qui remplissent le bassin et suivant les incidents opératoires, le moment où l'on est intervenu, le chirurgien se détermine à drainer ou non. Dans la majorité des cas, la paroi a pu être refermée sans drainage.

Quant aux suites opératoires, dans tous les cas publiés, elles ont été très simples.

Observations

OBSERVATION I

MISS MC IRROY

(The Journal of Obstetrics and gynecology of the british empire, XII, 1910, p. 368)

Femme de 46 ans, ayant eu 4 enfants. Douleur vive apparue subitement dans la région iliaque gauche, avec sueurs froides ; pas de vomissements, ni constipation marquée. La crise ne coïncide pas avec les règles. Diagnostic posé : fibrome enclavé de l'utérus. A l'intervention, on trouve un hématosalpinx tordu deux fois au niveau de l'extrémité utérine de la trompe, en sens inverse des aiguilles d'une montre. Il n'y a pas de sang dans la cavité péritonéale. Salpingectomie gauche. A l'examen de la pièce il n'y a aucune apparence d'une lésion pathologique antérieure.

OBSERVATION II

CASSIDY et NORBURG

(Lancet, 1911)

Torsion du ligament large et des annexes gauches chez une fillette de 11 ans, non réglée. Diagnostic posé : abcès pelvien appendiculaire. A la laparotomie on trouve un peu de sang

dans la cavité péritonéale et une masse formée par l'ovaire, la trompe et le ligament large gauche. Castration gauche.

OBSERVATION III

NORRIS

(*American Journal of Obstetrics*, 1911, LXIII, 850-854)

Jeune fille de 19 ans qui 3 jours avant ses règles éprouve une violente douleur dans la fosse iliaque droite et un cortège symptomatique qui fait poser le diagnostic d'appendicite aiguë. A l'intervention, on constate qu'il s'agit d'un cas de torsion d'un ovaire normal, profondément congestionné, avec torsion secondaire de la trompe du même côté.

OBSERVATION IV

NIGEL STARK

(*Journal obst. and gynec. of the British Empire*, 1911)

Dans cette observation il s'agit d'une torsion aiguë survenue chez une femme de 46 ans. Hymen intact. On pense à une grossesse extra-utérine. A l'intervention, on trouve une trompe gauche tordue de droite à gauche (3 tours complets) ; la torsion siège vers l'extrémité utérine de la trompe. Ablation de la trompe et de l'ovaire normaux.

OBSERVATION V

AUVRAY

(*Arch. mensuelles d'Obst. et de Gynécologie*, juillet 1912)

Jeune fille de 14 ans et demie. Douleurs dans fosse iliaque droite, avec vomissements alimentaires, puis bilieux. Diagnos-

tic posé : appendicite aiguë. Mise à la glace et au repos, les symptômes s'amendent et la malade est opérée 3 semaines plus tard. On trouve une torsion de la trompe droite, deux tours dans le sens des aiguilles d'une montre siégeant au voisinage de la corne utérine. L'examen histologique ne révèle aucune autre altération anatomique qu'un infarctus hémorragique.

OBSERVATION VI

AUVRAY

(*Arch. mensuelles d'Obst. et de Gynécologie*, 1913)

Jeune fille de 28 ans. Début au moment des règles par douleurs dans la région correspondant au point de Mac Burney. Diagnostic posé : appendicite aiguë. A l'intervention, on constate une torsion de la trompe droite au niveau de son tiers interne, l'ovaire ne participant pas à la torsion. A l'examen histologique : trompe utérine dilatée et nécrosée.

OBSERVATION VII

SCHWEITZER

(*Zentr. f. Gyn.*, n° 2, 1918)

Jeune fille de 21 ans, réglée régulièrement. Début brusque par des douleurs de l'hypogastre, à gauche et douleur à la miction ; on fait le diagnostic de colique néphrétique. A l'intervention, tumeur correspondant à l'ampoule tubaire gauche, la torsion siège sur la partie moyenne de la trompe ; elle est de deux tours complets. Histologiquement : trompe saine.

OBSERVATIONS VIII, IX, X

RUDER

(*Zentr. f. Gyn.*, n° 1, 1921)

L'auteur signale 3 cas de torsion chez des vierges de 20 à 22 ans. Début brutal avec douleurs vives et réaction péritonéale. Dans les trois cas, la torsion siégeait sur la trompe près de son insertion utérine ; l'ovaire présentait surtout des lésions de stase veineuse.

OBSERVATION XI

HANSEN

(*Zentr. für. Gyn.*, n° 18, 1922)

Fillette de 14 ans, non réglée. Les douleurs ont commencé au cours d'une leçon de gymnastique. Diagnostic posé : appendicite. Au toucher rectal : douleur à droite, pas de tumeur. A l'opération : torsion de la trompe à son isthme. Ablation de la trompe, on laisse l'ovaire.

OBSERVATION XII

MICHEL

(*Zentr. f. gyn.*, n° 22, 1922)

Femme de 36 ans. Deux jours après les règles, douleurs brusques dans le bas ventre. Dans le Douglas une tumeur du volume d'un œuf, douloureuse. Diagnostic posé : grossesse éclopique. Opération : 150 cmc. de sang à moitié coagulé dans le péritoine. Dans la région de l'isthme tubaire, torsion de 3 à 4 tours. Histologiquement, tuniques tubaires nécrosées

entièrement, avec vaisseaux dilatés et remplis de sang, infiltration de polynucléaires.

OBSERVATION XIII

ENNIKE

(Zentr. f. Gyn., n° 37, IX, 1922)

Il s'agit d'une torsion au cours de la grossesse. Les douleurs existent depuis 14 jours, mais les phénomènes devenant plus intenses, l'intervention est décidée avec le diagnostic d'appendicite. Liquide clair dans le péritoine. A droite, tumeur violacée, formée par la trompe tordue 4 fois dans le sens opposé aux aiguilles d'une montre.

OBSERVATION XIV

SCHEID

(Zentr. f. Gyn., n° 32, IX, 1922)

Torsion du pédicule des annexes chez une enfant de 13 ans. Le diagnostic posé est celui d'appendicite avec perforation. A l'intervention, torsion de la trompe de 360°. Histologiquement, suffusions sanguine dans le parenchyme.

OBSERVATION XV

HUSSY

(Zentr. f. Gyn., n° 48, 1922)

Il s'agit d'un cas de torsion de la trompe droite, par aillours normale, qui fut opérée avec le diagnostic clinique d'hémato-cèle rétro-utérine.

OBSERVATION XVI

COHEN

(*The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, t. LXXX, n° 6, II,
1923, p. 382)

Le cas concerne une torsion avant la puberté survenue chez une fillette de 13 ans.

OBSERVATION XVII

DUJARIER

(*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, t. L, n° 9, 15, III, 24)

Jeune fille de 18 ans opérée en mars 1924 avec le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu. A l'intervention, on trouve une trompe tordue au niveau de la portion ampullaire. L'ovaire est sain. En examinant la trompe du côté opposé on trouve celle-ci oblitérée ; la portion ampullaire très mobile et légèrement dilatée ne demanderait qu'à se tordre.

OBSERVATION XVIII

P. R. MICHAEL

(*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, an LXVIII,
n° 23, 6, XII, 24)

Une femme de 45 ans entre à l'hôpital avec des signes d'appendicite. On intervient et on constate que la trompe droite, qui possède un méso anormalement développé, a subi une torsion de 270° autour de son axe. On enlève la trompe et l'ovaire.

OBSERVATION XIX

R. MARSHALL ALLAIN

(*The Med. Journ. of Australia* an XII, t. II, n° 8, X,
1925, p. 227)

Une femme de 35 ans, multipare, accuse des douleurs intenses, subitement apparues après un effort violent pour soulever un poids. Laparotomie : la moitié interne de la trompe gauche a subi une torsion de 2 tours complets. Trompe saine à l'examen histologique.

OBSERVATION XX

LAURENT DARNER

(*American Journal of obst. and gyn. t. XI, n° 3, III, 1926,*
p. 368-377)

Troubles douloureux apparus chez une jeune fille de 13 ans à la suite d'un coup de pied. A l'intervention on trouve 300 cc. de liquide séro-sanguinolent dans le ventre et une torsion de la trompe de Fallope normale.

OBSERVATION XXI

ROCHER et JEANNENEY

(rapportée par Auvray, *Soc. de Chir., 10 mars 1926,*
in Bul. et Mém. de la Soc. t. LII, n° 10, p. 294)

Il s'agit d'une fillette de 13 ans et demi, entrée à l'hôpital pour appendicite. On note une crise analogue 6 mois auparavant. A l'opération on trouve un peu de liquide légèrement rouge dans la cavité péritonéale et une trompe tordue (3 tours)

au voisinage de son implantation utérine. Salpingectomie. Examen histologique : trompe normale transformée par la torsion en hématosalpinx.

OBSERVATION XXII

STOIANOVITCH

(Thèse de Paris, année 1926, n° 355)

Femme âgée de 21 ans entre à l'hôpital pour crise d'appendicite. Les mêmes phénomènes douloureux sont à noter 3 mois auparavant. A l'intervention on trouve une trompe droite tordue sur elle-même (5 fois). La torsion siège sur le segment isthmique. L'ovaire est intact. Castration droite. Examen histologique : aucune trace de villosités choriales, ni de lésions inflammatoires.

OBSERVATION XXIII

CARAVEN

(Bul. et Mém. de Soc. de Chir., t. LII, n° 13, 16-IV-27, p. 550)

Malade âgée de 34 ans et demi qui est normalement réglée. Dans le courant du mois d'avril absorbe de l'apiol, à plusieurs reprises, sans raisons apparentes. Fin avril, douleurs vives dans le bas-ventre. On intervient avec le diagnostic hésitant de rupture de grossesse tubaire. A l'opération : trompe droite tordue à 3 ou 4 cm. de son insertion utérine, dans le sens des aiguilles d'une montre. Il existe également une hématoecèle rétro-utérine bien enkystée.

L'examen histologique n'a révélé aucune trace de villosités choriales, aucune trace d'infection ancienne ou récente, aucune granulation ou follicule tuberculeux.

OBSERVATION XXIV

THORECK

(*Med. Journ. and Record. t. CXXV, n° 7, 6-IV-27, p. 470-474, 4 fig.*)

L'auteur rapporte l'observation d'une jeune fille de 14 ans qui présentant des douleurs abdomino pelviennes avec maxima dans la fosse iliaque droite, fut opérée avec le diagnostic d'appendicite aiguë. A l'intervention on trouve une trompe droite remplie de sang, baignant dans un liquide séreux emplissant le petit bassin, tordue 3 fois sur elle-même vers la gauche. Salpingectomie. A la coupe on trouve la trompe atteinte de lésions inflammatoires.

OBSERVATION XXV

CH. LENORMANT

(*Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir., t. LIII, n° 15, 14 mai 1927, p. 624*)

Femme de 24 ans entrée à l'hôpital de la Pitié pour crise douloureuse abdominale qui a débuté il y a 8 jours. Crise analogue le mois précédent. On pense à une hématoçèle.

A l'intervention on constate une tumeur noirâtre, qui plonge dans le bassin, reconnue pour une trompe gauche tordue 3 fois sur elle-même. L'examen histologique fait par Lecène ne permet de déceler aucune lésion antérieure à la torsion et aucune altération permettant de penser à la tuberculose.

OBSERVATION XXVI

ED. NICHOLSON

(*La Semana Médica*, an XXXIV, n° 1744, 16 juin 1917,
p. 1486-1488)

Une malade de 33 ans subit une amputation supra-vaginale du col pour allongement hypertrophique. Elle sort guérie de l'hôpital. Trois semaines plus tard elle revient pour des douleurs violentes dans la fosse iliaque droite avec vomissements bilieux. Pensant à une appendicite aiguë, on intervient et trouve la trompe droite tordue 2 fois sur elle-même autour d'un axe formé par le mésosalpinx et la portion isthmique. Salpingectomie droite : guérison.

OBSERVATION XXVII

KOHLER

(*Wiener Klinische Woch.*, an XL, n° 44, 3 novembre 1927,
p. 1387 -88)

Un mois après un accident d'automobile, une femme de 40 ans se plaint d'une douleur abdominale localisée dans la F. I. D. Laparotomie médiane : annexes droites tordues de 90 degrés vers la gauche. Caillots sanguins dans le péritoine. Ablation des annexes et assèchement du péritoine. L'examen histologique montre seulement une infiltration hémorragique de la trompe, de l'ovaire et du méso-salpinx.

OBSERVATION XXVIII

F. D'ALLAINES ET P. PAVIE

(*Annales d'Anatomie pathologique*, tome V, n° 7, juillet
1928, p. 783)

Jeune fille de 17 ans, dernières règles il ya 15 jours, prise brusquement de douleurs localisées dans le bas-ventre, surtout à droite, avec vomissements. Altération marquée des traits. Diagnostic : appendicite. A l'intervention on trouve une trompe droite tordue (3 tours) siège d'un infarctus volumineux, en voie de rupture. Castration droite et guérison. L'examen histologique ne peut mettre nulle part en évidence des lésions qui auraient pu favoriser la torsion de l'organe.

OBSERVATION XXIX

R. BERNARD

(*Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, t. LV, n° 16,
18 mai 1929 p. 651)

Femme de 23 ans, se déclarant enceinte de 6 semaines, entre à l'hôpital pour des douleurs violentes dans tout le côté droit de l'abdomen. Après le toucher vaginal on porte le diagnostic de grossesse extra-utérine et à l'intervention on découvre une tumeur noirâtre constituée par la torsion d'un ovaire normal, considérablement augmenté de volume par œdème interstitiel. A l'examen de la pièce il s'agissait bien d'un ovaire entièrement sain et présentant les traces d'un corps jaune.

OBSERVATION XXX

J. FIOLE

(Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir., tome LV, n° 19,
8 juin 1929)

Il s'agit dans cette observation d'un cas très rare de torsion d'un ovaire sain au cours de la grossesse. Femme de 22 ans, multipare. Douleur abdominale aiguë accompagnée de syncope, le 31 janvier. Dernières règles le 1^{er} janvier. Diagnostic posé : rupture de grossesse tubaire. A l'opération : ovaire droit doublé de volume, violacé, très mobile, tenu par un pédicule tordu (2 tours). Ablation avec la trompe. L'examen de la pièce montre un ovaire augmenté de volume par congestion et œdème, avec un corps jaune non douteux.

OBSERVATION XXXI

L. MICHON (de Lyon)

(Gynécologie et Obstétrique, tome 21, janvier-juin 1930,
p. 103)

Femme de 35 ans, vient consulter pour des douleurs abdominales assez vives. Ces douleurs sont survenues il y a 8 ans, à la suite d'une fausse couche. Ces douleurs sont plus violentes depuis 8 ans. A l'examen, masse du volume d'une noix verte, correspondant à l'annexe droite, fixée au pelvis et très douloureuse. Le diagnostic posé est celui de salpingite droite avec rétroversion. A l'intervention : trompe droite tordue 3 fois sur elle-même au niveau de son insertion utérine. Examen histologique : infarctus massif avec petite couronne discrète de cellules inflammatoires (macrophages).

OBSERVATION XXXII

L. MICHON (*de Lyon*).

(*Gynécologie et Obstétrique*, tome 21, janvier-juin 1930
p. 105)

Femme de 35 ans. 6 enfants. Vient consulter pour douleurs abdominales aiguës datant d'une semaine. Retard de règles de 8 jours. On pense à une annexite droite avec pelvi-péritonite séreuse du Douglas. A l'intervention : grosse masse noirâtre, occupant le Douglas et correspondant à l'annexe droite tordue d'un tour au niveau de son insertion utérine. Castration droite. Examen histologique : abcès d'infarctus adhérent à une paroi fibroïde ; pas d'inflammation aiguë.

OBSERVATION XXXIII

L. MICHON (*de Lyon*).

(*Gynécologie et Obstétrique*, tome 21, janvier-juin 1930
p. 107)

Mme B..., âgée de 27 ans. 3 enfants. Envoyée d'urgence à l'hôpital pour crise douloureuse abdominale avec vomissements ; légère dysurie. Au toucher : l'utérus est légèrement refoulé à droite par une grosse lésion annexielle gauche, ressemblant à un pyo-salpinx. A droite, masse annexielle plus petite. A l'intervention : masse formée par une trompe tordue de 2 ou 3 tours au niveau de son insertion utérine. Pédicule très serré. L'ovaire est en dehors de la torsion. Annexes gauches saines. Salpingectomie. Examen histologique : En aucun point on ne trouve de signes d'inflammation ancienne ou récente.

OBSERVATION XXXIV

L. MICHON (*de Lyon*)

(*Gynécologie et Obstétrique*, tome 21, janvier-juin 1930
p. 108)

Femme âgée de 26 ans, entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales surtout marquées à gauche. Au toucher : grosse collection annexielle gauche. Intervention : volvulus de la trompe qui s'est produit à peu près à la partie moyenne. Torsion d'un tour et demi. La masse est du volume d'un œuf. L'ovaire est indépendant de la torsion. Castration droite. Examen histologique : trompe présentant une structure histologique normale.

OBSERVATION XXXV

L. MICHON (*de Lyon*)

(*Gynécologie et Obstétrique*, tome 21, janvier-juin 1930
p. 111)

Malade âgée de 28 ans, amenée d'urgence pour crise douloureuse abdominale datant de quelques heures. Dernières règles normales. A l'examen : tumeur kystique du volume des deux poings en situation para-utérine droite. Diagnostic : kyste de l'ovaire tordu. Intervention : tumeur constituée par deux masses : l'une bosselée et plus petite représente l'ovaire ; l'autre masse, plus grosse que le poing, est constituée par la trompe. La torsion s'est effectuée à 1 cm. de l'insertion utérine et est de deux tours complets. Du côté opposé : annexes saines, mais très longues. Castration droite et ligamentopexie à la Doleris, l'utérus ayant une mobilité assez marquée. A l'examen histologique : trompe : pas de trace de nécrose, mais lésions inflammatoires ; ovaire : état nécrotique, nappes hémorragiques et amas de polynucéaires.

Observations inédites

OBSERVATION I

(DOCTEUR SOUPAULT)

Mlle Yvette M..., âgée de 23 ans, au 2^e jour de ses règles, est prise brusquement le 27 décembre 1926, après un dîner normal, de douleurs violentes, localisées dans le bas ventre, accompagnées de nausées. La malade s'alite.

Les douleurs abdominales deviennent d'une acuité extrême : la malade se tord sur son lit ; elle accuse spontanément une violente douleur au niveau de la fosse iliaque gauche, avec irradiations vers la cuisse gauche.

A l'examen : on trouve un ventre souple ; aucune défense musculaire, mais point douloureux net du côté gauche, dans la région salpingo-ovarienne. A droite, il existe une légère sensibilité de la fosse iliaque. Aucune tuméfaction n'est appréciable.

Le 28 décembre : la nuit a été mauvaise. Les douleurs persistent assez vives.

La palpation du ventre ne décèle rien de particulier en dehors de l'examen de la veille. Le pouls est à 100, la température à 38°2.

Le 29 décembre : Mêmes symptômes, mais les douleurs semblent moins aiguës que la veille. La langue est saburrale, mais la malade n'a plus de nausées. Elle a eu une selle. Les urines sont normales.

A l'examen de l'abdomen : à l'inspection : la respiration abdominale est diminuée. A la palpation : la douleur est moins diffuse et semble s'être localisée autour de l'ombilic et dans le bas ventre. Très nette dans la fosse iliaque gauche, elle semble moins vive dans la région appendiculaire. Il y a une défense musculaire de toute la zone péri-ombilicale et hypogastrique.

A la palpation profonde, on sent une masse un peu dure (carton mouillé) qui occupe tout le petit bassin. Elle est médiane, déborde le pubis de quatre travers de doigts environ et s'étend sur les côtés.

La température est à $38^{\circ}7$; le pouls est à 114, bien frappé.

Le 30 décembre : la température est à $38^{\circ}7$; le pouls à 120. La nuit a été mauvaise.

La défense musculaire persiste, et en plus, hyperesthésie cutanée de toute la fosse iliaque droite et la palpation semble cette fois déterminer une douleur plus vive dans la région appendiculaire.

L'intervention est décidée avec le diagnostic hésitant d'appendicite aiguë.

Opération le 31-XII-26 ; anesthésie générale à l'éther.

Incision de Mac Burney. Dès l'ouverture du péritoine il s'écoule du sang noir en abondance. On agrandit l'incision vers le bas, une première fois, et encore une fois au cours de l'opération, en liant les vaisseaux épigastriques. On arrive sur le petit bassin et l'on aperçoit dans le Douglas un énorme caillot du volume des deux poings qu'on extirpe ; on éponge le sang coagulé.

Les annexes droites sont un peu violacées, mais saines. L'utérus est petit plaqué en avant et on amène les annexes gauches, complètement noires, depuis la corne utérine jusqu'au pédicule utéro-ovarien. Tout le ligament large et son contenu sont thrombosés. Il s'agit certainement d'une torsion, mais au moment où les annexes sont dans la main la détorsion a du se produire pendant les manipulations et on ne peut voir ni le

sens, ni le nombre de tours. Castration unilatérale gauche, avec section au thermocautère.

On éponge encore tout le petit bassin et dans le Douglàs on place un gros drain N^o 40, qui sortira par l'angle inférieur de la plaie pariétale.

L'appendice ne paraissant pas malade est laissé en place pour abrégier l'acte opératoire.

Fermeture de la paroi aux doubles crins.

La malade a été revue dans le courant du mois de juin 1927 en parfait état. Le toucher vaginal n'indique rien d'anormal.

A l'*examen macroscopique* de la pièce on constate que la cavité de la trompe est remplie dans ses deux tiers externes de caillots de sang. Les franges du pavillon sont tuméfiées et violacées.

A l'*examen microscopique* : lésions de congestion intense avec dilatations des veines et des capillaires qui sont rompus. En aucun point il n'existe d'infiltration leucocytaire, de trace d'infection ancienne ou récente. Pas de granulation ou follicule tuberculeux.

OBSERVATION II

(DOCTEUR SOUPAULT)

Mme Jeanne B..., 28 ans, a été prise la veille, à 1 heure de l'après-midi, en sortant de déjeuner, de violentes douleurs dans le côté droit du bas ventre, vite suivies de vomissements alimentaires, puis bilieux, qui ont duré toute la journée, toute la nuit et toute la matinée suivante. La malade n'a pas rendu de gaz depuis et n'a pas été à la selle.

Vue à 11 heures du soir, le lendemain, à l'Hôpital Tenon.

Examen de l'abdomen : respire bien. Pas de défense. Au

palper, douleur dans la fosse iliaque droite, mais bas située. Légère matité déclive dans les flancs.

Au toucher, col normal de nullipare. Utérus déjeté vers la gauche. Au fond du cul-de-sac droit, masse arrondie, lisse, de la taille d'une mandarine, demi-tendue et douloureuse.

Antécédents : rien au point de vue digestif. Au point de vue génital, soignée il y a 4 ans à l'Hôpital de Lariboisière pour salpingite. Réglée peu et avec dysménorrhée. Les dernières règles, il y a 8 jours, furent normales et comme durée et comme quantité.

Le diagnostic porté est celui de : torsion d'un kyste de l'ovaire.

Opération le 30-1-31. Anesthésie générale à l'éther.

Incision de Mac Burney basse qu'on agrandit un peu ensuite vers le bas. Dans le péritoine un peu de liquide hématique. On ramène assez facilement une masse noire, violacée, arrondie, de la taille d'une mandarine, non adhérente. C'est la trompe droite qui s'est tordue : 2 tours complets dans le sens des aiguilles d'une montre. Il s'agit de la torsion de la trompe seule, l'ovaire est sain et le ligament large n'est pas tordu.

On fait une castration unilatérale droite typique.

Vérification des annexes du côté opposé : rien à signaler.

On n'enlève pas l'appendice.

On éponge un peu le liquide abdominal. Il n'y a pas de caillots.

Fermeture de la paroi sans drainage : péritoine à la soie, muscles et aponévrose au cat-gut et peau à la soie.

Suites opératoires simples : la malade sort guérie le 22 février 1931.

Examen macroscopique de la pièce : La trompe s'est tordue au voisinage de son insertion utérine. Le segment proximal n'est pas distendu, mais la portion distale est dilatée, du volume d'une mandarine. L'ostium abdominale est perméable. On cathétérise la trompe à la sonde cannelée et il s'écoule par

l'isthme le liquide contenu dans la poche (environ 100 gr. séro-hématique).

L'examen microscopique : donne l'image d'un infarctus; massif. Il n'y a aucune trace de lésion inflammatoire récente ou ancienne. Muqueuse sensiblement normale.

OBSERVATION III

(DOCTEUR SÉNÉCHAL)

Jeune femme de 22 ans vue en avril 1924 à la suite des circonstances suivantes :

Dans la nuit du samedi au dimanche ont commencé à apparaître les règles, à leur date normale. Dans le courant de la matinée, vers 11 heures, apparaissent des douleurs extrêmement violentes dans le bas ventre, qui obligent la malade à s'aliter.

Les douleurs ne font que s'accroître. La malade est vue à 2 heures de l'après-midi. Elle présente un faciès pâle, angoissé, tendance à la syncope.

La température est à 37°8 ; le pouls à 130.

L'état d'agitation est extrême et la douleur est telle que toute palpation de l'abdomen est impossible, la malade criant au moindre contact.

Sans aucun autre diagnostic que celui de syndrome péritonéal grave avec vraisemblablement hémorragie interne, on décide d'intervenir.

Opération à 4 heures de l'après-midi. Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane transversale. On trouve la partie inférieure de l'abdomen et tout le petit bassin entièrement occupés par une masse violacée, divisée vers la partie médiane par un sillon et qui donne tout d'abord l'impression d'un volutus d'anses grêles. Explorée et amenée avec précaution on

est tout surpris de constater qu'un ovaire accompagne une moitié de la masse, alors que l'autre moitié est restée en place et en se repérant sur l'utérus auquel la masse aboutit, on constate qu'on est en présence d'une trompe tordue à 1 cm. environ de son insertion utérine et du volume d'un poing. L'utérus et l'ovaire apparaissent rigoureusement sains.

On pratique la libération et la résection de la trompe droite, avec conservation de l'ovaire. Enfouissement du moignon dans un repli péritonéal.

L'autre masse s'impose comme étant la trompe gauche et le même traitement est appliqué.

Dans la cavité abdominale, sérosité sanguine, mais peu abondante.

L'abdomen est refermé sans drainage.

L'examen intra-abdominal des ovaires et d'un utérus de consistance et de couleur rigoureusement normales font éliminer toute idée d'infection préexistante.

L'examen ultérieur des voies génitales inférieures n'a permis de déceler aucune trace d'infection actuelle ou ancienne.

L'examen histologique n'a pas été pratiqué.

Suites opératoires : simples : la malade se lève au 8^e jour.

OBSERVATION IV

(DOCTEUR SÉNÉCHAL)

Fille de 14 ans, à sa deuxième période menstruelle. Les premières règles apparues un mois auparavant avaient été accompagnées simplement de quelques pesanteurs lombaires, avec irradiations fémorales.

Appelé d'extrême urgence vers 4 heures de l'après-midi, on apprend qu'en même temps que les règles apparues à 1 heure de l'après-midi, étaient survenues des douleurs extrêmement violentes dans le bas ventre et à droite, arrachant des cris à

la malade au moment des paroxysmes, avec vomissements alimentaires.

Au moment de l'examen on trouve une enfant prostrée. La température est à 37°8 et le pouls à 120. Les vomissements ont cessé.

A la palpation de l'abdomen on trouve un point douloureux nettement localisé dans la fosse iliaque droite, mais au-dessous et en dedans du point de Mac Burney.

Etant donné la localisation formelle au côté droit de l'abdomen on porte le diagnostic d'appendicite aiguë et l'intervention est décidée.

Opération à 6 heures du soir : Anesthésie à l'éther.

Incision transversale sus-pubienne. On trouve une tumeur de la taille d'une mandarine, de couleur noire-violacée, à cheval sur la ligne innominée, formée par la trompe droite, tordue deux fois sur elle-même d'avant en arrière, près de son insertion utérine.

L'ovaire est sain. L'utérus est normal. La trompe et l'ovaire gauche ne présentent aucune particularité.

Résection de la trompe ; conservation de l'ovaire. Enfouissement du moignon.

Recherche et ablation de l'appendice qui ne présente rien de particulier.

Très peu de liquide séro-sanglant dans l'abdomen qu'on referme sans drainage.

Suites opératoires aussi simples que celle d'une appendicectomie à froid.

L'examen histologique n'a pas été fait.

OBSERVATION V

(DOCTEUR SÉNÉCHAL)

Jeune fille de 18 ans, vierge, envoyée d'urgence par son médecin avec le diagnostic d'appendicite aiguë grave.

Le tableau clinique est exactement superposable à celui des cas précédents.

Dans les antécédents de la malade on ne trouve rien de particulier à signaler : les règles ont toujours été régulières, d'abondance et de durée normales et au moment de la crise douloureuse abdominale la malade était en pleine période menstruelle.

Au toucher rectal, on perçoit le cul-de-sac de Douglas extrêmement sensible.

Mais cette fois, le Docteur Sénéchal émet un doute sur l'origine appendiculaire des accidents et intervient avec le diagnostic de torsion tubaire droite.

Opération deux heures après l'examen. Anesthésie à l'éther.

Incision transversale sus-pubienne. Trompe droite de la taille d'un poing, tordue deux fois dans le sens des aiguilles d'une montre.

Un peu de liquide sanglant dans le ventre.

Ablation de la trompe droite, avec conservation de l'ovaire qui est sain.

La trompe droite, l'utérus apparaissent normaux.

On va à l'appendice qui ne présente aucune lésion et qu'on enlève par le procédé habituel.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires : simples.

Conclusions

I. La torsion isolée de la trompe utérine saine n'est pas une rareté, comme on le croyait autrefois.

II. Cet accident survient sans cause déterminante apparente, dès le moment de la puberté et pendant toute la vie génitale, souvent en pleine période menstruelle.

III. Le diagnostic clinique a pu exceptionnellement être posé ; toutefois le tableau clinique étant celui d'un syndrome abdominal aigu, impose un diagnostic opératoire d'urgence.

IV. L'opération consistera, en règle générale, en une castration des annexes tordues. La voie d'abord sera soit la laparotomie médiane sous-ombilicale (exceptionnellement et pour des raisons de préférence personnelle on utilisera l'incision transversale cutané-aponévrotique sus-pubienne), soit l'incision iliaque droite prolongée vers le bas à la demande des lésions.

V. A l'examen macroscopique, la trompe tordue se présente sous la forme d'une tumeur de couleur

noire-violacée, de volume variable. La torsion siège le plus souvent sur la trompe isolée et près de son insertion utérine ; plus rarement la torsion de l'ovaire sain accompagne simultanément ou secondairement la torsion de la trompe ; à titre exceptionnel on a pu observer la torsion isolée de l'ovaire.

VI. L'examen microscopique d'une trompe tordue saine révèle, en général, une congestion intense des vaisseaux avec infarctus hémorragique massif et nécrose des tissus normaux.

VII. Les suites opératoires, dans tous les cas publiés, ont été très simples.

Vu, le Doyen, Vu, le Président,

BALTHAZARD. LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLETY.

Bibliographie

- AIGROT. — De la torsion des annexes saines au cours de la grossesse. — *Vie Médicale*, n° 10, mars 1930.
- D'ALLAINES et PAVIE. — Torsion de la trompe utérine saine chez une jeune fille. — *Société Anatomique de Paris*, séance du 5 juillet 1928, in *Annales d'Anat. Path.*, tome V, n° 7, 1928, p. 781.
- ANSPACH. — The torsion of tubal enlargements with especial reference to pyo-salpinx. — *Amer. Journal Obst. N.-Y.*, 1912, LXVI, p. 553-95.
- AULHORN. — Torsion spontanée de la trompe normale pendant la grossesse. — *Zentr. f. Gyn.*, 1910, p. 538.
- AUVRAY. — De la torsion spontanée de la trompe et de l'ovaire normaux. — *Archives mens. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1912, tome II, p. 1.
- Un nouveau cas de la torsion spontanée de la trompe saine. — *Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, tome II, n° 9, 1913, p. 97.
- BERNARD. — Un cas de torsion d'un ovaire sain au cours de la grossesse. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, n° 16, 13 mai 1929, p. 651.
- BITTMANN. — Spontantorsion der Tube in der Gravitat. — *Casopis Lekarov. Ceschych.*, 1921, n° 47.
- BRANCA. — Précis d'histologie, p. 481.
- CABANES. — Torsion de la trompe utérine au 9^e mois de la grossesse. — *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1924, p. 508.

- CARAVEN. — Torsion des annexes normales avec hématoécèle pelvienne. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nationale de Chir.*, tome LIII, n° 13, 16 avril 1927, p. 550.
- CASSIDU AND NORBURG. — Torsion of the left Broad ligament and Fallopian tube in a child. — *The Lancet*, London, 1911, p. 98.
- CATHELIN. — De la torsion des hydro-salpinx. — *Revue de Chirurgie*, 1901, t. XXIII, p. 253-406.
- CHASTENET DE GERY. — Deux trompes kystiques à pédicule tordu. — *Comm. Soc. d'Anat. Pathol.*, 17 février 1910. *Gazette Médicale de Nantes*, 16 avril 1910.
- CHASTENET DE GERY, et LACROIX. — Torsion de deux trompes en apparence normales et histologiquement tuberculeuses. — *Soc. Nationale de Chir.*, avril 1927.
- COHEN. — Torsion des annexes de l'utérus avant la puberté. — *The Journal of the Amer. Med. Assoc.*, n° 6, 10 février 1923.
- DEBRAY. — Torsion d'une trompe saine. — *Annales d'Anat. Pathol.*, tome XI, 1929, p. 1255-1256.
- DELBET. — Torsion du pédicule. — *Progrès Médical*, 1921, p. 380.
- DUJARIER. — Torsion de la trompe droite. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nationale de Chirurgie de Paris*, tome L, n° 9, 15 mars 1924, p. 360.
- ESCANDE. — Contribution à l'étude de la torsion tubaire. — Thèse de Paris, 1926.
- EUNIKE. — Isoliert torquiete normale Tub. — *Zentralbl. f. Gyn. Leipzig*, 1922, t. XLVI, n° 37, p. 1484.
- FIOLLE. — Torsion des annexes saines. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, tome LV, n° 19, 8 juin 1929, p. 785.
- GROSSMANN. — Sur le mécanisme de la torsion tubaire. — *Zentralbl. f. Gyn.*, Leipzig, 2 mai 1925, n° 18.
- HALLIER. — Torsion de la trompe de Fallope. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, n° 6, 15 mars 1929, p. 253-256.

- HANSEN. — Torsion de la trompe avec hématome. — *Zentralbl. f. Gyn.*, 1922, t. XLVI, n° 18, p. 707.
- HARTMANN. — La torsion du pédicule des salpingo-ovarites. — *Annales de Gyn.*, 1898, p. 161.
- HARTMANN et REYMOND. — La torsion du pédicule des salpingo-ovarites. — *Annales de Gynécologie*, 1898, p. 160.
- HEIL. — Ein Gall. von Stieldrehung der Tube bei Virginellem genital Traktus. — *Zentralbl. f. Gyn. Leipzig*, 1921, XLV, p. 498.
- KATZ. — Recherches sur les modifications de la trompe de Fallope au cours des divers états physiologiques. — Thèse de Paris, 1911.
- KEHL. — Beiträge zur Frage der Stieldrehung intra-abdominaler Organe. — *Beitr. z. Klin. Chir. Tubingen*, 1922, CXXVI, p. 310-316.
- KOHLER. — Torsion d'annexes normales au cours d'une entéroptose. — *Wiener Klin. Woch.* an XL, n° 44, 3 sept. 1927, p. 1387-1388.
- LACROIX. — Contribution à l'étude de la torsion intra-abdominale des trompes de Fallope. — *Thèse de Paris*, 1927, n° 238.
- LAQUIÈRE. — Un cas de torsion congénitale de la trompe (salpingite de Freud) avec kyste tubo-ovarien. — *Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1923, XCIII, p. 705.
- LAURENT DARNER. — Torsion des trompes. — *American Journal of Obstetrics and Gyn.*, tome XI, n° 3, mars 1926, p. 268-377.
- LAZAREVITCH. — Contribution à l'étude de la torsion de la trompe utérine saine. — *Thèse de Montpellier*, 1926-1927.
- LEGUEU. — De la torsion des salpingites. — *Presse Médicale*, 20 janvier 1900.
- LEJARS. — Des torsions tubaires. — *C. R. de la Soc. d'Obst. Gyn. Pédiatr.*, 1909, p. 342.

- Un nouveau cas de torsion tubaire. — *C. R. de la Soc. d'Obst. Gyn. et Pédiatr.*, 1909, p. 357.
- LENORMANT. — Torsion d'une trompe saine. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, tome LIII, n° 15, 14 avril 1927, p. 624.
- MAC ILROY. — Torsion de la trompe ; son rôle dans l'étiologie de l'hématosalpinx en dehors de la grossesse ectopique. — *Journ. of Obst. and Gyn. of the British Empire*, n° 6, décembre 1910, p. 368-378.
- MAILLARD. — De la torsion des salpingites. — *Thèse de Paris*, 1898.
- MAUCLAIRE. — Contractions péristaltiques et antipéristaltiques des trompes de Fallope. — *Gazette des Hôpitaux*, 2 mars et 31 mars 1926.
- MICHAEL. — Torsion of one of the normal tubes in the peirto-neal cavity. — *Nederl. Tijdsch. v. Geneesk.*, LXVIII, n° 23, 6 décembre 1924, p. 2828-2834.
- MICHEL. — Isoliert torquierte normale tube. — *Zentr. f. Gyn.* Leipzig, 1922, XLVI, p. 905.
- MICHON (de Lyon). — Le volvulus des annexes saines (à propos de 5 cas personnels). — *Gyn. et Obst.*, tome 21, janvier-février 1930, p. 103-112.
- MONDOR. — *Diagnostics Urgents*. — *Masson et Cie, éditeurs*, année 1930.
- MURRAY. — Cas of strangulation of a normal Fallopian tube an ovary. — *J. Obst. et Gyn. Brit. Emp.*, London 1923, n. s. XXX, p. 222.
- NICHOLSON. — Volvulus de la trompe. — *La Semana Medica*, an. XXXIV, n° 1744, 16 avril 1927, p. 1486-1488.
- NORRIS. — Un cas de torsion des annexes normales. — *The Amer. Jour. of Obst. and diseases of Women and Children*, t. LXIII, n° 5, mai 1911, p. 850-854.
- PAUCOT et MEURISSE. — La torsion des annexes saines. — *L'Echo Médical du Nord*, Lille, 18 août 1909, p. 454.

- RABIER. — Contribution à l'étude de la torsion des trompes. —
— *Thèse de Paris*, 1902-1903, n° 33.
- REYMOND. — Contribution à l'étude de la bactériologie et de
l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites. —
Thèse de Paris, 1895
- ROGER et JEANNENEY. — Torsion intra-abdominale de la trompe
saine. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nationale de
Chirurgie de Paris*, tome III, n° 10, 20 mars 1926,
p. 294-298.
- RUDER. — Drei Fülle von Stieldrehung des Tube bei norma-
len Virginellen Genital tractus. — *Zentr. f. Gyn.*,
p. 45.
- SCHWEITZER. — Isoliert torquierte normale Tube. — *Zentr.
f. Gyn.*, tome I, n° 2, 1918.
- SÉNÉCHAL. — L'incision transversale, cutané-aponévrotique
séro-pubienne. — *Presse Médicale*, n° 72, 8 sept. 1928.
- SIREDEY. — De la fréquence des altérations des annexes de
l'utérus dans les affections dites utérines. — *Thèse
de Paris*.
- STARK. — Torsion of normal Appendags with hématosalpinx.
— *Journ. of Obst. and Gyn. of the British Empire*,
tome I, vol. XIX, p. 258.
- STOIANOVITCH. — De la torsion de la trompe utérine saine. —
Thèse de Paris, 1926.
- THORECK. — Torsion de la trompe de Fallope chez une vierge.
— *Méd. Journ. and Record*, tome CXXV, n° 7, 6-IV-
27, p. 470-474, 4 fig.
- TORLAND. — Un cas de torsion d'hydrosalpinx. — *The Amer.
Journ. of Obst. and Gyn.*, vol XV, mai 1928.
- VASSEUR. — Amputation spontanée de la trompe et du pédicu-
le ovarien. — *Thèse de Paris*, 1927, n° 7.
- WATERS. — Torsion of an enlarged hydatid of Morgagni as the
cause of acute abdominal disturbance. — *J. A. M. A.*,
Chicago 1919, LXXII, p. 1072.
- WELLS. — Volvulus de la trompe de Fallope. — *The Journal
of the Amer. Med. Ass.*, n° 1, 5 juillet 1924, p. 30-31.



Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette



